**Colégio de Medicina Intensiva**

**Questionário de Caracterização dos Serviços**

Avaliação de Idoneidade e Capacidade Formativa

AVALIAÇÃO ANO\_\_\_\_\_\_

*Assinale com (X), preencha as quadrículas ou escreva com letra bem legível.* *Devolva o presente questionário, e os anexos requeridos, à Comissão Regional do Internato Médico através da Direção do Internato Médico do seu Centro Hospitalar/ Hospital.* *Rubrique todas as folhas do presente questionário, date e assine no fim.*

*Na avaliação dos serviços esta grelha será complementada com uma visita de uma Comissão da Avaliação de* *Idoneidade da Ordem dos Médicos.*

*Todas as declarações são da responsabilidade do signatário, e a constatação da sua não veracidade pode comprometer a atribuição da idoneidade formativa.*

**IDENTIFICAÇÃO**

INSTITUIÇÃO HOSPITALAR:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOME DO DEPARTAMENTO / SERVIÇO DE MEDICINA INTENSIVA:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TIPO DE ORGANIZAÇÃO: Departamento ☐ Serviço ☐ Unidade ☐

DATA DE INICIO DE ACTIVIDADE: / /

DIRETOR DE DEPARTAMENTO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*e-mail*:

DIRETOR DO SERVIÇO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*e-mail*

COORDENADOR DA FORMAÇÃO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*e-mail*:

**I - CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO**

**1. ESTRUTURA**

**1.1. RECURSOS HUMANOS**

**Médicos:**

Estrutura e Quadro de Pessoal Próprio da Unidade/Serviço: **Sim ☐ Não ☐**

Diretor SMI com Especialidade de Medicina Intensiva: **Sim ☐ Não ☐**

Diretor do Serviço a tempo inteiro: **Sim ☐ Não ☐**

Presença física de médico especialista de Medicina Intensiva ou formando/interno equiparado a especialista de Medicina Intensiva 24h/d, todos os dias: **Sim ☐ Não ☐**

**Descrição das Características dos Recursos Humanos**

**Médicos do Quadro do Serviço:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Médico | Especialidade  de base | Intensivista | Categoria | Tempo dedicado ao Serviço (H/S) | Outras tarefas institucionais |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Descrição das Características dos Recursos Humanos**

**Formandos/Internos do Serviço de Medicina Intensiva**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Médico | FVC ou IFE | Ano de início de formação |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Descrição das Características dos Recursos Humanos**

**Médicos que não pertencem ao Quadro do Serviço, mas que colaboram regularmente nas actividades do mesmo:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Médico | Especialidade de base | Intensivista | Categoria | Serviço de  Origem | Tempo dedicado ao Serviço (H/S) |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Enfermeiros:**

Tem Enfermeiro(s) Gestor/Chefe **Sim ☐ Não ☐**

Nome do(s) enfermeiro(s) Gestor/Chefe\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A tempo inteiro? **Sim ☐ Não ☐**

Nº de total de enfermeiros do SMI: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nº de enfermeiros por cama: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nº total de Enfermeiros com Especialidade de Reabilitação: \_\_\_\_\_

Nº de horas/dia de posto de trabalho suplementar de enfermeiro especialista de Reabilitação: \_\_\_\_

**Técnicos:**

Tem Fisioterapeutas? **Sim ☐ Não ☐**

Apoio de Dietista/Nutricionista? **Sim ☐ Não ☐**

Apoio de Psicólogo? **Sim ☐ Não ☐**

Técnico de Radiologia disponível 24h/dia? **Sim ☐ Não ☐**

Farmacêutico disponível 24h/dia? **Sim ☐ Não ☐**

**Assistentes Operacionais:**

Nº de Assistentes Operacionais por cama: \_\_\_\_\_

**Assistentes Administrativos:**

Nº assistentes administrativos dedicados ao serviço \_\_\_\_

Secretariado Clínico / Apoio à Investigação **Sim ☐ Não ☐**

**1.2. INSTALAÇÕES**

Lotação camas adulto do Hospital: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Lotação (número de camas) do Serviço:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de camas activas: \_\_\_\_\_\_\_

Número de camas com capacidade para nível 3 de cuidados: \_\_\_\_\_\_\_\_

Número de camas com capacidade apenas para nível 2 de cuidados: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Área por cama nível 3: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Área por cama nível 2: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Área total do Serviço: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Área Clínica do Serviço: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de Quartos individuais? \_\_\_\_\_\_

Número de Quartos com modulação de pressão? \_\_\_\_\_\_

Número de quartos com Pressão Positiva? \_\_\_\_\_

Número de Quartos com Pressão Negativa? \_\_\_\_\_\_\_

Gabinete para o Director de Serviço: **Sim ☐ Não ☐**

Gabinete para o Enfermeiro Chefe: **Sim ☐ Não ☐**

Gabinetes de trabalho: **Sim ☐ Não ☐** Se Sim, quantos? \_\_\_

Sala de Reuniões: **Sim ☐ Não ☐**

Área de Secretariado administrativo próprio: **Sim ☐ Não ☐**

Arquivo clínico organizado: **Sim ☐ Não ☐**

Sala de espera de familiares: **Sim ☐ Não ☐**

Sala de reuniões com os familiares: **Sim ☐ Não ☐**

**1.3. EQUIPAMENTO CLÍNICO**

Equipamento informático ajustado às necessidades: **Sim ☐ Não ☐**

**Monitorização / Terapêutica:**

Nº de camas equipadas com ventiladores: \_\_\_\_

Nº de ventiladores com monitorização continua dos parâmetros ventilatórios: \_\_\_\_

Nº de camas equipadas com monitores: \_\_\_\_

ECG contínuo: \_\_\_\_

Oximetria de pulso: \_\_\_\_

Pressão arterial invasiva: \_\_\_\_

Pressão venosa central: \_\_\_\_

Módulos de pressão variadas (Swan-Ganz/PiCCO): \_\_\_

Módulos de pressão intracraniana (PIC): \_\_\_

Módulos de PbtO2 cerebral : \_\_\_\_

Módulos de Electroencefalografia Contínua: \_\_\_

Módulos de NIRS: \_\_\_\_

Módulos de BIS: \_\_\_

Calorimetria Indirecta: \_\_\_

Camas com capacidade para suporte renal intermitente: \_\_\_

Equipamentos para suporte contínuo da função renal: \_\_\_\_\_

Broncofibroscópio próprio: **Sim ☐ Não ☐**

Acesso a broncofibroscopia 24h/dia: **Sim ☐ Não ☐**

Ecocardiógrafo próprio: **Sim ☐ Não ☐** Quantos?\_\_\_\_

Sonda transesofágica próprio: **Sim ☐ Não ☐**

Acesso a ecocardiografia 24h/dia: **Sim ☐ Não ☐**

Acesso a endoscopia digestiva 24h/dia: **Sim ☐ Não ☐**

Acesso a ecografia 24h/dia: **Sim ☐ Não ☐**

Acesso a tomografia computorizada 24h/dia: **Sim ☐ Não ☐**

**1.4. EQUIPAMENTO EDUCATIVO**

Disponibilidade de meios audiovisuais : **Sim ☐ Não ☐**

Rede *wi-fi* no serviço : **Sim ☐ Não ☐**

Acesso institucional a biblioteca e publicações “on-line”? **Sim ☐ Não ☐**

**2. PROCESSOS**

**2.1. ASSISTENCIAIS**

O Serviço integra formalmente o Circuito do Doente Crítico **Sim ☐ Não ☐**

Integra a Equipa de Emergência Interna **Sim ☐ Não ☐**

Gere a Equipa de Emergência Interna **Sim ☐ Não ☐**

Modelo de activação da Equipa de Emergência Interna:

Responde à Paragem Cardiorrespiratória? **Sim ☐ Não ☐**

Responde a sinais fisiológicos de alerta **Sim ☐ Não ☐**

O Serviço é responsável funcional pela Sala de Emergência? **Sim ☐ Não ☐**

Desenvolve actividades de *Follow-up*? **Sim ☐ Não ☐**

Intra-hospitalar **Sim ☐ Não ☐**

Consulta externa **Sim ☐ Não ☐**

O doente mantém-se na mesma cama/UCI quando passa de nível 3 para nível 2 de cuidados?

**Sim ☐ Não ☐**

Pratica visita clínica diária **Sim ☐ Não ☐**

Tem Visitas Clínicas Multidisciplinares (Intensivistas e Médicos de

Outras Especialidades (ex: Microbiologista, Neurocirurgião...) **Sim ☐ Não ☐**

Tem Visita Clínica Multiprofissional (Intensivistas e Enfermeiro...) **Sim ☐ Não ☐**

Visita Clínica utiliza uma *check-list* de cumprimento de tarefas clínicas? **Sim ☐ Não ☐**

Dispõe de protocolos de actuação clínica? **Sim ☐ Não ☐**

Colabora no processo de doação de órgãos e tecidos? **Sim ☐ Não ☐**

Há profissionais do serviço que integram comissões, grupos de trabalho e programas hospitalares ou interinstitucionais transversais? **Sim ☐ Não ☐** Se sim, quantos? \_\_\_\_\_

O Serviço calcula, regista e reflecte sobre os resultados da

actividade assistencial? **Sim ☐ Não ☐**

**Acesso a outras áreas de especialidades:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Especialidade** | **Sim 24h/dia** | **Sim**  **<24h/dia** | **Não** |
| Anestesiologia |  |  |  |
| Cardiologia |  |  |  |
| Cardiologia de Intervenção |  |  |  |
| Cirurgia Geral |  |  |  |
| Cirurgia Cardiotorácica |  |  |  |
| Cirurgia Vascular |  |  |  |
| Cirurgia Plástica |  |  |  |
| Gastroenterologia |  |  |  |
| Medicina Física e Reabilitação |  |  |  |
| Medicina Interna |  |  |  |
| Microbiologia |  |  |  |
| Nefrologia |  |  |  |
| Neurocirurgia |  |  |  |
| Neurologia |  |  |  |
| Ortopedia |  |  |  |
| Pneumologia |  |  |  |
| Imagiologia |  |  |  |
| Neurorradiologia |  |  |  |
| Radiologia de Intervenção |  |  |  |
| Patologia Clínica |  |  |  |

Há inquérito de satisfação aos utentes /familiares? **Sim ☐ Não ☐**

O horário de visitas ao doente é:

Inferior a um total de 4 horas por dia **☐**

Entre 4 a 6 horas por dia **☐**

Mais de 6 horas por dia **☐**

**2.2. FORMATIVOS**

Tem Coordenador da Formação do Serviço: **Sim ☐ Não ☐**

O Serviço tem cronograma de formação em Medicina Intensiva aprovado, com orientadores de formação nominal e formalmente designados como responsáveis pela formação em Medicina Intensiva, integrando intensivistas reconhecidos pelo Colégio de Especialidade da Ordem dos Médicos? **Sim ☐ Não ☐**

Tem programa de integração de novos colaboradores médicos no serviço? **Sim ☐ Não ☐**

Tem programação de formação contínua pós-graduada? **Sim ☐ Não ☐**

Há orientadores de formação formalmente nomeados? **Sim ☐ Não ☐**

Os orientadores de formação /orientadores de estágio têm horário próprio para as

actividades formativas? **Sim ☐ Não ☐**

Realiza Reuniões Clínicas (Journal Club, Morbi-mortalidade...) com regularidade? **Sim ☐ Não ☐**

Nº de artigos publicados nos últimos 2 anos: \_\_\_

Nº de estudos clínicos em que participou nos últimos 2 anos: \_\_\_

**3. RESULTADOS**

**3.1 ACTIVIDADE ASSISTENCIAL:**

(referente ao ano anterior ao preenchimento desta grelha)

|  |  |
| --- | --- |
| **INDICADOR AVALIADO** | **VALOR** |
| Nº de doentes tratados: |  |
| Médicos (%) \*: |  |
| Pós-Operatórios Cirurgia Electiva (%) \*: |  |
| Pós-Operatórios Cirurgia Urgente (%) \*: |  |
| Traumatizados (N/%) \*\*: |  |
| Neurocríticos (N/%)\*\*: |  |
| Coronários/Cardíacos (N/%)\*\*: |  |
| APACHE II (médio) |  |
| SAPS II (médio) |  |
| SOFA de admissão (médio) |  |
| TISS 28 |  |
| Taxa de ocupação (%) |  |
| Tempo médio de internamento no SMI (dias) |  |
| Mortalidade no SMI (%) |  |
| Mortalidade Hospitalar (%) |  |
| Mortalidade normalizada (*Standardized Mortality Rate*) para SAPS II (excluídos os doentes admitidos como “possíveis dadores”) |  |
| Doentes Ventilados Invasivamente em qualquer momento do internamento (%) |  |
| Doentes Ventilados invasivamente > 48h (%) |  |
| Pneumonia Associada a Tubo endotraqueal (nº episódios/1000 dias de ET)\*\*\* |  |
| Bacteriémia relacionada com CVC (nº episódios/1000 de CVC)\*\*\* |  |
| Infecção urinária associada a cateter vesical (nº episódios/1000 de CV)\*\*\* |  |
| Taxa de readmissões < 48h (%) |  |
| Taxa de extubações acidentais (% de doentes ou por 1000 dias de tubo) |  |
| Taxa de auto-extubação (% de doentes ou por 1000 dias de tubo) |  |
| Taxa de reintubação após extubação programada |  |
| Taxa de delirium (% de doentes) |  |
| Taxa de ICU-acquired weakness |  |

\* Em conformidade com a classificação SAPS II devendo a soma ser igual a 100%

\*\* Estes subgrupos de classificação não são mutuamente exclusivos

\*\*\* Em conformidade com a classificação HELICS

**3.2. ACTIVIDADE FORMATIVA:**

(referente ao ano anterior ao preenchimento desta grelha)

Nº de Internos de Formação Especializada de Medicina Intensiva do Serviço (1º ao 5º ano): \_\_\_\_\_\_

Nº de Formandos Pela Via Clássica em Medicina Intensiva do Serviço: \_\_\_\_\_

Nº de internos de formação especializada de Medicina Intensiva de outro Serviço de Medicina Intensiva atualmente a estagiar neste serviço: \_\_\_\_\_\_

Há inquérito(s) à satisfação dos Internos? **Sim ☐ Não ☐**

Há processo de avaliação formal anual dos internos de formação especializada **Sim ☐ Não ☐**

Data / /

Assinatura \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome do Diretor de Serviço \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de médicos internos pretendidos para o 1º ano de formação específica

Justificação:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ANEXOS**

a) Organograma do serviço

b) Acordos de Colaboração Formativa com outros Serviços